

Der Arzt als Zauberer: Zur Performanz des Medizinischen

Saake, Irmhild

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Saake, I. (2006). Der Arzt als Zauberer: Zur Performanz des Medizinischen. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 1982-1990). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144070>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Der Arzt als Zauberer

Zur Performanz des Medizinischen

Irmhild Saake

Als ich auf einer Tagung mit Ärzten und Pflegekräften die Gelegenheit hatte, meine These einer funktionalen Verdrängung des Todes durch Ärzte vorzutragen, hat sich den empörten Pflegekräften eine junge Ärztin angeschlossen und energisch eingefordert, dass Ärzte mit sterbenden Patienten über den Tod reden sollten, was ja nicht so schwer sein könne, da ja Ärzte auch Menschen seien. Als ich sie dann gefragt habe, was sie denn einem sterbenden Patienten sagen würde, hat sie geantwortet: Das ist doch ganz einfach, das kann man einem Patienten doch sagen: Der Tod ist das zunehmende Absterben der Zellen. Sie können sich vorstellen, dass nach diesem Satz betretenes Schweigen den Raum beherrschte.

Mit diesem Beispiel will ich gar nicht die Besonderheit des medizinischen Umgangs mit dem Tod herausstellen, sondern eher die Besonderheit eines *menschlichen* Umgangs mit dem Tod. Was so einfach aussieht – es sind ja alle betroffen – erscheint dann in der konkreten Situation doch schwieriger als gedacht. Die Programme des *shared decision making*, des partnerschaftlichen Umgangs zwischen Ärzten und Patienten gelingt nicht so leicht wie gedacht. Als Schuldige in dieser Situation lassen sich dabei leicht der paternalistische Arzt und ein organisatorisches System identifizieren, die noch aufgeklärt werden müssen, um aus dem Schatten ihrer vormodernen Vergangenheit hervorzutreten (Vgl. Parsons 1979; Bollinger/Hohl 1981; Göckenjan 1985; Maynard 1991; Lachmund/Stollberg 1992; Bauch 1996; Hak 1994; Feuerstein/Kuhlmann 1996; Streckeisen 2001).

Ich möchte im Folgenden zeigen, dass die genannten Prozesse einer Symmetrisierung der Arzt-Patienten-Interaktion nicht ohne die alte ungeliebte Asymmetrie auskommen, dass sich diese Asymmetrie nur anders darstellt als vorher. Zeigen möchte ich dabei auch, dass diese Umstrukturierung im Sinne einer Ausdehnung von Partizipationsmöglichkeiten gleichzeitig mehr Mitbestimmung aber auch mehr Ökonomisierung, Verrechtlichung und Verwissenschaftlichung mit sich bringt. Beide Folgen sind zwei Seiten einer Medaille. Ihr gemeinsamer Nenner ist die Beschränkung des Medizinischen auf die therapeutische Handlung und die Umformung all dessen, was früher in der sozialen Figur des väterlichen Arztes aufgehoben war, in organisatorische Entscheidungen. Wer mehr Mitbestimmung statt Paterna-

lismus fordert, erhält auch gleichzeitig mehr Ökonomisierung, weil er einen neuen Entscheidungsbedarf und einen neuen Bedarf nach guten Gründen produziert. Die Stoßrichtung meiner Argumentation besteht nicht darin, die Idee einer stärkeren Partizipation und eines neuen Bildes vom partnerschaftlichen Arzt zu kritisieren, sondern die Bedingungen zu untersuchen, unter denen sowohl Problem als auch Lösungsmuster entstanden sind. Zu sagen, dass mehr Partizipation besser ist, erübrigt sich eigentlich. Viel spannender ist es zu sehen, dass der (auch soziologische) Wunsch nach mehr Partizipation eine sozialstrukturelle Situation beschreibt, in der die Plausibilität dieses Arguments gar nicht mehr erklärt werden muss. Zu fragen wäre also dann: Was kann man sehen, wenn man nicht nur zwischen entweder Paternalismus oder Partizipation unterscheidet, sondern grundsätzlicher symmetrische und asymmetrische Elemente in ihrem Zusammenspiel beobachtet.

Beginnen möchte ich mit einer Darstellung dessen, was ich Performanz des Medizinischen nenne. Vom manifesten Befund einer professionstheoretischen Kritik an der Asymmetrie der Arzt-Patienten-Interaktion ausgehend soll dieser Befund zunächst als empirisches Datum verwendet werden. Der Verdacht drängt sich auf, dass die Unheilbarkeit dieser Problematik sowohl auf einen soziologischen Beobachter verweist, der »symmetrische Anerkennungsverhältnisse« (Habermas 1983) für erstrebenswert hält, als auch auf eine Medizin, die von ihren Asymmetrien nicht lassen kann. Dass sich diese Asymmetrie nur dann als problematisch zeigt, wenn genug Zeit fürs Razonnieren bleibt, also wenn man hinreichend gesund ist, verweist darüber hinaus auf einen Beobachter, der nur *als Wissenschaftler* kritisieren kann, was er als Kranker nicht sehen kann. Der medizinische Blick, für den ich mich interessiere, ruht also auf einem Kranken und damit nicht auf mir als gesundem Wissenschaftler. Ich interessiere mich auf diese Weise wissenschaftlich fürs Medizinische und kann dabei erfahren, dass mit dem medizinischen Notfall auch die Einklammerung meines wissenschaftlichen Blicks verbunden wäre. Wenn ich jetzt gerade im Moment medizinische Hilfe bräuchte, wäre die Asymmetrie der ärztlichen Hilfeleistung für mich kein Problem! Nicht deshalb, weil ich mich dann nicht für Wissenschaft interessieren würde, sondern weil ich auf einen Arzt hoffen würde, dem ich vertrauen kann, der seine Entscheidungen rechtfertigen kann.

Die Berücksichtigung dieses Zusammenhangs von medizinischer Betroffenheit und wissenschaftlichem Interesse dient hier als Grundlage für die Entfaltung eines (medizinischen) Erwartungszusammenhangs, der sich systematisch unterscheidet von anderen Erwartungszusammenhängen. Wenn sich mit dem medizinischen Notfall die Perspektive des Beobachters ändert, lohnt es sich, dem Notfall als einer Situation unter vielen anderen medizinischen Situationen eine besondere Stellung einzuräumen. Paradigmatisch lässt sich an ihm demonstrieren, wie es aussieht, wenn medizinisch angeschlossen wird.

Dieser Hinweis auf Anschlussmöglichkeiten plausibilisiert einen systemtheoretischen Konstruktivismus, der Funktionen – im Sinne von sich bewährenden Lösungen – und eben nicht nur Personen – im Sinne von asymmetrischen Positionen – als Gegenstand der modernen Gesellschaft verhandelt. Unter dieser Bedingung ist dann von Systemen die Rede, die sich als Spezialisierungen selbstreferentieller Operationen bewähren, weil mit ihrer Hilfe Kommunikationsmuster bereitgestellt werden, die Probleme lösen. Es entstehen dann Kommunikationsmuster, die sich selbst funktional einschränken. Der Gewinn dieser Theoriekonstruktion liegt auf der Hand. *Die empirische Beobachtbarkeit einer Perspektivendifferenz, die zumeist nur in einer Gewichtung mehr oder weniger großer Täteranteile an der Erzeugung dieser Differenz mündet, findet nun einen neuen theoretischen Ort in dem Befund, dass funktionale Differenzierungen Kontexte erzeugen, deren Funktionalität in der Erzeugung einer eigenen Logik der Kommunikation liegt.* Sichtbarwerdende Asymmetrien stellen aus dieser Perspektive Hinweise auf die Ungleichzeitigkeit von Kontexten dar, auf die Konfrontation unterschiedlicher Logiken, auf die Entwertung von Expertenkommunikationen durch konkurrierende Meinungen. Der Arzt ist in der Gegenwart des Notfalls von diesem Problem der Ungleichzeitigkeit nicht betroffen, weil die Effekte der Behandlung das Dominanzgebaren unsichtbar machen.¹

Nun aber zu den medizinischen Praktiken selbst: Wenn man nach medizinischen Praktiken fragt, trifft man unvermeidbar auf den Körper. Der Körper wird in ganz unterschiedlichem Ausmaß zu einem medizinischen Problem: Er kann akut bedroht sein, sich mit starken Schmerzen melden, deren Behandlung keinen Aufschub erlaubt. Er kann chronisch erkrankt sein, so dass er unter regelmäßiger Beobachtung steht. In beiden Fällen sind unterschiedliche Hilfebedingungen angesagt. Während im ersten Fall die unbedingte zeitliche Verfügbarkeit von medizinischem Personal vorausgesetzt wird, kann im zweiten Fall der Zeitbegriff gedehnt werden: bis zum Praxisbesuch lässt es sich noch aushalten. Der extremste Fall der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen findet sich – wie bereits erwähnt – im Notfall.

Ein Rettungssanitäter beschreibt seine Arbeit wie folgt:

»Für :mich als Sanitäter am Unfallort gilt immer erst mal :nur der Patient. Und da ist mir jeder Polizist und alles andre scheißegal. ... Des is mein Patient. Und wenn der Polizist was von dem Patienten wissen will und ich der Meinung bin, dass es :nicht gut is, wenn der Patient jetzt aufgeregt wird, dann hat auch der Polizist jetzt in der Nähe vom Patienten nichts zu suchen. Da ham auch die Eltern in der Nähe vom

¹ Grundlage dieser Untersuchung sind Interviewdaten aus den DFG-Projekten »Todesbilder in der modernen Gesellschaft« (Na 307/1–2) am Institut für Soziologie der LMU unter der Leitung von Armin Nassehi sowie »Klinische Ethik-Komitees: Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen in Organisationen« (Na 307/3-1) unter der Leitung von Armin Nassehi (München) in Kooperation mit Reiner Anselm (Göttingen) und Michael Schibilsky (München).

Patienten nichts zu suchen. In :dem Punkt hört sich des -, [lacht] ganz krass ausgedrückt, :gehört der :Mensch :absolut :mir. Da sag ich: - - [klopft auf den Tisch] :Das, was ich jetzt entscheide, :das zählt jetzt. Und für mich zählt in dem Moment einfach nur: :Wie bekomme ich den Menschen am :schnellsten aus der :Gefahr raus. Wie kann ich dem Menschen am :besten und am schnellsten versorgen. Und alles andere ist erst mal :ganz unwichtig für mich.«

Wenn es um Medizinisches geht – hier im Unterschied zu Rechtlichem oder Familiärem –, spielt Zeit insofern eine Rolle, als die Hilfebedürftigkeit des Körpers alles andere nachrangig werden lässt.

Dass es im Krankenhaus ums Überleben geht, ist schon wieder eine der Selbstverständlichkeiten, die so selbstverständlich gar nicht vorausgesetzt werden können. Organisationssoziologisch lässt sich beobachten, wie das Leben selbst im medizinischen Alltag zum entscheidenden Kriterium einer guten Arbeit, einer Problemlösung wird. Ein Onkologe berichtet:

»Da ist, also ich kenne das von der Intensiv-Station, da sitzt man zu viert oder zu fünf zusammen und dann heißt es, ja, welche Maßnahmen machen wir bei dem Patienten? Wie ist das einzuschätzen, fachlich? Was hat der für eine Prognose, was kann man noch machen, was ist das Therapieziel, was will man denn machen, will man beatmen, wacht der wieder auf? Irgendwie so eine Sackgassen-Situation, kommt sehr oft vor. Und wenn von den fünf Leuten einer sagt, nee, also wir hören nicht auf, sondern wir machen weiter, und vier sagen, nee, wir hören auf, dann machen wir weiter. Verstehen Sie? ... Und dass man das – es geht sehr schnell in diese Richtung. Wenn einer sagt, machen wir weiter, sind die anderen alle froh, dass man weiter machen darf. Weil die Entscheidung, nichts zu tun zum Beispiel, weniger zu tun, ist immer sehr anstrengend. Das ist immer das, was eigentlich das schwierigere ist. Zu machen, rumzuvursteln, zu sagen, die Medizin kann das noch, dieser berühmte Machbarkeitswahn, der sich dann entwickelt, das ist immer relativ einfach. Wenn Sie rausgehen können, Patient ist tot, Sie haben bis zur letzten Sekunde irgendetwas unternommen, um ihn am Leben zu erhalten, haben Sie ein gutes Gefühl, wenn Sie nicht darüber reflektieren. Wenn Sie sagen, ich hätte lieber mal acht Stunden früher aufgehört, nicht, dann muss ich die Verantwortung dafür übernehmen, dass nichts passiert. Aber das ist die aktive Entscheidung gewesen.«

Jenseits von lebenserhaltenden Maßnahmen gibt es nichts zu tun. Nicht zu intervenieren, heißt nicht zu handeln. Man kann aus dieser Interviewpassage herauslesen, was eigentlich eine Organisation auszeichnet. Alles, was dort passiert, nimmt die Form von Entscheidungen an. Jede Intervention, jede Nicht-Intervention wird als Entscheidung auf einen oder mehrere Ärzte zurückgerechnet und erzeugt entsprechende Verantwortlichkeiten. Luhmann beschreibt Organisationen als »Entscheidungssysteme«, um zu verdeutlichen, dass die Frage nach Verantwortlichen und guten Gründen keine Mangelbeschreibung darstellt, sondern eine Form reproduziert, die sich über die Steigerbarkeit dieser Fragen bewährt. »In der Form der Entscheidung liegt zugleich ein Moment struktureller Unbestimmtheit. Und da jede Entscheidung weitere Entscheidungen herausfordert, wird diese Unbestimmtheit mit jeder Entscheidung reproduziert. Ein Entscheidungssystem lebt, könnte man sagen, im Blick auf weitere Entscheidungen von selbsterzeugter Unbestimmtheit,

und dieses Moment geht in die operative Schließung des Systems ein« (Luhmann 1997: 830).

Wenn medizinisch entschieden werden muss, stellt sich die Frage nach dem Kriterium für eine gute Entscheidung und im Entscheidungsprozess selbst gewinnt so die Orientierung am Leben ihre Funktion. Dass der Patient weiter atmet, dass sein Blutdruck messbar ist, dass er bald wieder gehen wird, sind die einzigen Kriterien, die sich anbieten, wenn man es mit dem Körper zu tun hat. Jenseits medizinischer Entscheidungen wartet nur der Tod. Doch der Arzt kann – um die optimale Entscheidung zu treffen – nicht einfach nur den Körper behandeln, er muss den Patienten selbst miteinkalkulieren. Der Onkologe erklärt es so:

»Die Patienten werden uns eigentlich hier vorinformiert hergeschickt, sie kommen hierher und wissen, dass man mit einer Transplantation eine zusätzliche Chance hat, die Krankheit zu überleben. Das ist eigentlich das, was sie wissen. Wenn wir einen Patienten mit einer chronischen Leukämie hier haben, dann laufen die Informationsgespräche, wenn ich das -, darauf kann ich eigentlich ganz gut eingehen, die laufen schon ähnlich ab, wie bei einem anderen Patienten auch im Hinblick auf die Transplantation. (...) Aber generell, was gemeinsam ist, dass die Leute herkommen mit dieser Diagnose, dass sie natürlich wissen wollen, wie die Transplantation abläuft, in allen technischen Details, und dass sie natürlich wissen wollen, was dabei rauskommt und wie hoch ihre Möglichkeiten sind, mit der Krankheit fertig zu werden. Ich fange das immer so an, das Gespräch, dass ich sage, wir müssen eine Art Geschäftsgrundlage bilden. Wir müssen herauskriegen, ich will wissen, was der Patient weiß bezüglich der Bedrohung durch seine Krankheit, und wenn er es nicht weiß, muss ich es ihm sagen. Denn das ist die Grundlage aller weiteren Diskussion. Dann frage ich die Patienten, wissen Sie denn, was Ihre Krankheit bedeutet, und dann sagen sie, na klar, Leukämie ist ne schlimme Sache und dann führe ich sie im Gespräch zu der Formulierung, Sie wissen, die Krankheit ist nicht heilbar, und Sie werden daran sterben, wenn wir nicht eine Transplantation machen können. (...) Und das ist dann die Grundlage, wie gesagt, so eine Art Geschäftsgrundlage, etwas ironisch gesagt, wo ich dann - - wo ich dann sagen kann: Wenn Ihnen das klar ist, dass auf der einen Seite eine tödliche Bedrohung durch die Krankheit besteht, werden Sie bereit sein, eine gefährliche Behandlungsmethode mit sich machen zu lassen. Und dann geht es darum, das gegeneinander abzuwägen. Und dann erkläre ich, wo drin die Gefahren einer Transplantation bestehen, und die sind durchaus nicht klein, und es ist auch sehr häufig und sehr deutlich, dass man an der Transplantation sterben kann und auch an den Folgen sterben kann, dass aber die Wahrscheinlichkeit, im Zusammenhang mit der Transplantation zu sterben, geringer ist als durch die Krankheit.«

Eine Entscheidung wird hier nun auch von dem Patienten verlangt. Das ist sicherlich – im Vergleich mit alltäglichen medizinischen Behandlungen, bei denen so etwas eher implizit erfolgt – ein besonderer Fall, zeigt aber eben sehr schön deutlich, worum es in einer medizinischen Organisation geht. Dass das Leben als Kriterium einer guten medizinischen Entscheidung gilt, lässt sich im Falle der Knochenmarktransplantation nämlich nicht mehr so einfach sehen. Dem Patienten geht es nach der Transplantation zunächst sehr viel schlechter und eventuell wird er auch an den Folgen sterben. Dass hierbei also noch über Leben verhandelt wird, muss der Patient selbst bestätigen. Es geht jedoch nicht darum, dem Patienten nun alle

Verantwortung zuzuschieben und sich selbst zu entlasten, wie man hier schnell kritisieren könnte. Nachdem die »Geschäftsgrundlage« gesichert ist, liegt wieder sämtliche Entscheidungskompetenz beim Arzt. Und nun hat er – bei einem entsprechend motivierten Patienten – sozusagen beide Hände frei für die Beobachtung des Körpers. Er hat den Körper befreit von sämtlichen möglichen »Störvariablen«, die durch einen am Sinn des Ganzen zweifelnden Patienten entstehen können. Über die Risiken dieser Behandlung wird von nun an kein Wort mehr verloren. Wiederum der Onkologe:

»Wenn die Leute transplantiert sind, dann setze ich eigentlich alles dran, um sie bei der Stange zu halten. Also, das ist nicht sehr –, da brauchen Sie nicht mehr so aufzuklären. Da muss man dem Patienten die Hoffnung lassen und geben. Natürlich, wenn erkennbar ist, dass die Leukämie zum Beispiel wieder zurückkommt, muss ich wieder offen sein, aber in dieser Phase mache ich keine Angst, ich sage, immer, wir brauchen Sie natürlich hier zum Kontrollieren, warum glauben Sie denn, dass wir Sie kontrollieren wollen, natürlich unter anderem: deswegen, um das auszuschließen, dass die Leukämie wiederkommt. Nur einen Grund muss es ja haben, das wissen die Patienten ja auch. Deshalb haben sie natürlich auch immer Angst, bei den Ergebnissen, wollen wissen, was rausgekommen ist. Und ich sag auch immer, klar, weil wir Sie untersuchen, kann natürlich sein, deshalb machen wir es ja. Aber die Wahrscheinlichkeit ist sehr, sehr gering. Bei dem Patienten habe ich das auch so gesagt, obwohl die Wahrscheinlichkeit statistisch nach den Auswertungen gesehen ziemlich hoch ist, dass der Rückfall hätte kommen können. Die ist auch jetzt noch da, die Wahrscheinlichkeit. Und dann versuche ich das aber, also in dieser Phase, wo die Leute transplantiert sind und die das vor sich sehen, dass sie jetzt eine Chance haben. Die haben's schwer genug, weil es viele Patienten gibt, die dann eben sekundär krank werden, also unter diesen Immunreaktionen zu leiden haben, und damit müssen sie auch fertig werden, das zu bekämpfen, und – also, soweit das möglich ist, versuchen wir die dann auch – nicht ganz korrekt sozusagen – bei der Stange zu halten.«

Was der Arzt hier schildert, lässt sich nicht anders als eine Lüge beschreiben. Und exakt an dieser Stelle wird sichtbar, warum diese »Lüge« ein Teil der medizinischen Kommunikation ist. Die Verantwortung liegt nun umso deutlicher beim Arzt. Er weiß mehr, als er sagen darf, weil sich sonst wiederum der Patient als Problem in den Vordergrund drängen würde und es ihm schwerer machen würde, den Körper zu behandeln. Jede Uneindeutigkeit muss nun vermieden werden, was typischerweise auch zu dem klassischen professionellen distanzierten Umgang mit Patienten führt. Über folgenreiche Entscheidungen kommunizieren nur die Ärzte mit den Patienten, die Krankenschwestern beginnen ihre Arbeit erst nachgeordnet. Während die Krankenschwestern sich leicht damit tun, eine sehr persönliche, an der Biographie orientierte Kommunikation zu pflegen, kann ein Arzt die damit verbundenen Unsicherheiten dem Patienten nicht zumuten.

»Die Distanz muss da sein, Sie müssen die Distanz wahren, sonst können Sie nicht vernünftig helfen, und das ist auch – das ist gar nicht so ein Heldenstück oder was, sondern das ergibt sich einfach aus der Erwartungshaltung der Patienten. Die Patienten wollen das. Die wollen nicht so einen Freund. In Einzelfällen Ausnahme. Natürlich. Ja, aber sie wollen – sie wollen denjenigen, der ihnen sagt, wie sind meine

Aussichten, wie ist meine Hoffnung begründet, so. Die wollen nicht, ich will damit nicht sagen, sie wollen nicht den, der sagt: »Nehmen Sie mal die drei Pillen«, das ist schon richtig, das mein ich nicht, dass diese Fachkompetenz, die ist sowieso mehr oder weniger vorausgesetzt. Aber was den menschlichen Umgang mit den Patienten angeht, äh, - - na gut, man kann es nicht immer so verallgemeinern. Es gibt auch Patienten, die sich auch mehr öffnen, glaub ich. – Aber wenn ein Arzt durch die Tür kommen kann und sagen, wissen Sie, wir sehen, dass Ihre Zellen sich erholen, dass Ihr Blutbild besser wird, das ist so wahnsinnig viel wert für den Patienten, dass er wahrscheinlich nicht jemand haben will, der sich hier ans Bett setzt und sagt, gucken wir mal, wie es Ihnen sonst so geht. Was ich persönlich ausgiebig tue, abgesehen davon. (...) Ich meine, ich versuche auch auf dem Weg natürlich immer irgendwie mal was Gutes hinzukriegen, dass die Leute sich hinterher ein bisschen besser fühlen, das ist – ich rede da nicht drüber so in dem Sinne, dass ich das bewerten will. Ich finde das hochwertig, wenn man es kann, und wenn man es tut. Aber es ist nicht – ich mein, es ist nicht unbedingt nötig. Nötig ist, dass man begründete, sozusagen, begründete Hoffnung geben kann in solchen Situationen.« (Zitat eines Onkologen)

Besser lässt sich nicht formulieren, wie Erwartungshorizonte Kommunikationen einschränken. Anzumerken bleibt einzig und allein, dass es natürlich nicht nur einfach nicht nötig ist, etwas Konversation zu machen, sondern dass in genau so einer Situation jede Konversation Misstrauen erregt, Unsicherheit erzeugt. Unklare Kommunikation – und das wäre zum Beispiel jede private Unterhaltung – würde Unsicherheiten erzeugen, die wiederum den Patienten zum Problem werden lassen können. Dass die Krankenschwestern und auch das Personal im Hospiz sehr viel mehr reden, hängt eben damit zusammen, dass ihre Arbeit nicht als Entscheidung über das Leben gilt. In lebensbedrohlichen Situationen kann nur derjenige nichtmedizinische Kommunikationen führen, aus dessen Kommunikation keine Entscheidungen über die Zukunft ablesbar sind.

Was aber passiert danach? Auch der zunehmende Beratungsbedarf scheint auf das Problem mangelnder Stabilisierbarkeit einer Entscheidung über Kontexte hinweg zu reagieren. Die Aufgabe der Beratungsexperten besteht – folgt man den Ergebnissen unserer Studie – nun darin, Bedingungen zu schaffen, unter denen eine größere Konstanz der Meinung über die Zeit hinweg anzunehmen ist. Die Experten tun dies sehr professionell, indem sie immer wieder ihre Kunden dazu zwingen, sich die Entscheidungen selbst zuzurechnen. Das Interview mit einer Transplantationskoordinatorin demonstriert die gesamte Dramatik dieses professionellen Umgangs mit der Notwendigkeit, tragfähige Entscheidungen herzustellen. Sie darf, wenn die Angehörigen eine Entscheidung gefällt haben, nicht mehr weiterfragen, auch wenn sich das Urteil der Angehörigen auf die medizinisch unsinnige Beobachtung eines für die Transplantation am Leben erhaltenen, besonders gut durchbluteten Körpers bezieht; sie darf nicht vom Leid der Angehörigen des potentiellen Empfängers sprechen; sie darf nicht darauf hinweisen, dass die Angehörigen in der gleichen Situation als Betroffene selbst vermutlich gerne eine Organspende in Anspruch nehmen würden; sie darf noch nicht einmal mehr sagen, dass auch ihr diese Situation unangenehm ist, weil ihr das einen Vorteil bringen könnte und all diese Sätze

hinterher dazu führen könnten, dass die Entscheidung als Resultat einer Manipulation erscheint. Was sie sagen darf, ist folgendes:

... und normalerweise ist ja eigentlich das a ganz guter Ansatzpunkt, dass ma sagt: Ich will nichts jemand anderm zumuten, was ich selbst nicht will.

Ja.

Das ist zum Beispiel a Möglichkeit. –

Ähm, von der Perspektive der Angehörigen

Ja.

aus jetzt?

Ja. Ja, auch für mich jetzt, zum Beispiel.

Ja.

Es ist immer meine Maxime, nie irgendwas jemand anderem zuzumuten, als was ich nicht selber haben will.

Was hierbei hergestellt wird, ist eine Form, die anspruchsvoller gar nicht sein könnte, wenn man sich vor Augen führt, wie mühselig sie hergestellt wird: Die Beteiligten rekonstruieren sich als Menschen. Wenn man diesen Anspruch an Partizipation nicht als vernünftige Lösung, sondern als soziale Form entschlüsselt, die auf das Problem einer unkontrollierbaren Explosion von gleichzeitigen Kontexten, von Nebenfolgen reagiert, die gezähmt werden wollen, die nun dort entstehen, wo früher der weiße Kittel des Arztes vor weiteren Nachfragen geschützt hat – und zwar den Arzt genauso wie den Patienten, dann sieht man in den neuen Partizipationsmustern eine Dynamik von Asymmetrien und Symmetrien, ja sogar eine Zunahme von Asymmetrien, denn die vielen Entscheidungen, die nun möglich und notwendig sind, müssen alle gerechtfertigt werden. Dies geschieht dann durch die Betroffenen selbst und da sich diese als unzuverlässige Entscheider herausstellen, insofern sie biographisch verfasst sind und altern und dann alles wieder ganz anders sehen, braucht man Juristen und Ökonomen und interessanterweise auch – so hat sich in unseren Studien gezeigt – Theologen, die gute Gründe finden, die nicht nur unter Zeitdruck, sondern auch noch danach funktionieren. Die Ärzte werden sich parallel dazu auf den eigentlichen performativen Aspekt ihrer Tätigkeit konzentriert: Die Zauberei des Heilens. Erwarten müsste man unter diesen Bedingungen eine Konjunktur all dessen, was sich als medizinische Erklärung der klassischen Expertenmeinung mit ihrer verunsicherten Behauptung eindeutiger Ursache-Wirkungsverhältnisse entzieht. Die Erklärungsangebote müssen zugleich verständlich – im Verhältnis zur klassischen Medizin – und geheimnisvoll sein, um die Psyche des Patienten auf eine hoffnungsvolle Zukunft festzulegen und den Körper in Ruhe behandeln zu können. Wenn es die asiatische Medizin nicht gäbe, müsste sie erfunden werden.

Literatur

- Bauch, Jost (1996), *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*, Weinheim/München.
- Bollinger, Heinrich/Hohl, Joachim (1981), »Auf dem Weg von der Profession zum Beruf«, *Soziale Welt* 32, S. 440–464.
- Feuerstein, Günther/Kuhlmann, Ellen (Hg.) (1999), *Neopaternalismus und Patientenautonomie. Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Göckenjan, Gerd (1985), *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt a.M.
- Habermas, Jürgen (1983), *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*, Frankfurt a.M.
- Hak, Tony (1994), »The Interactional Form of Professional Dominance«, *Sociology of Health & Illness* 16, S. 469–488.
- Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar (1992), »Introduction«, in: dies. (Hg.), *The Social Construction of Illness*, Stuttgart, S. 9–22.
- Luhmann, Niklas (1997), *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Bd. 2, Frankfurt a.M.
- Maynard, Douglas W. (1991), »Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse«, *American Journal of Sociology* 97, S. 448–495.
- Parsons, Talcott (1979), »Definition von Krankheit und Gesundheit«, in: Mitscherlich, Alexander u.a. (Hg.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Köln/Berlin, S. 57–67.
- Streckeisen, Ursula (2001), *Die Medizin und der Tod*, Opladen.